Bijlage 5

Ontwikkel- en implementatiescenario en impactanalyse productstructuur DBC GGZ-FZ

1. Inleiding

Nu het advies van de werkgroep Inhoud bekend is, kan het ontwikkel- en implementatietraject en de impactanalyse op hoofdlijnen worden beschreven.

Het introduceren van elementen van het Engels model vraagt om een adequate 'vertaling' naar de Nederlandse situatie én een nadere onderbouwing. Daarom heeft de werkgroep Inhoud voorgesteld eerst in een ontwikkelomgeving en in pilots en/of experimenten de productstructuur verder te ontwikkelen alvorens tot een daadwerkelijke implementatie wordt overgegaan. Er is een voorstel ontwikkeld om gedurende een proces van circa 2 jaar te werken aan het iteratief ontwikkelen, testen en verbeteren van gewijzigde zorgproducten/ zorgclusters, het zogenaamde 'prototypen'. Anders dan bij bijvoorbeeld bij de start van de DBC-ontwikkeling in de GGZ beschikken we over (een) data(-infrastructuur) waarmee voorstellen goed in een ontwikkelomgeving kunnen worden getest. De in Engeland ontwikkelde voorstellen vormen eveneens een vertrekpunt, zoals uit het advies van de werkgroep Inhoud naar voren komt, om met inbreng van de inzichten van experts de eerste versie van het prototype te vullen. Het werken in pilots met een flexibel registratie-instrument, dat nog niet (volledig) geïntegreerd hoeft te zijn, biedt de mogelijkheid om steeds wijzigingen in het prototype door te voeren en deze te testen.

Parallel aan dit ontwikkel- en testtraject kan de daadwerkelijke implementatie goed worden voorbereid. Er zullen nog belangrijke keuzen moeten worden gemaakt in het kader van de bekostiging, bijvoorbeeld welke producten, welke tariefvormen, welke informatie-uitwisseling, et cetera. Daarnaast zullen wijzigingen in de werkprocessen en ICT-systemen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan moeten worden aangebracht. In paragraaf 1 schetsen we het ontwikkel- en implementatietraject op hoofdlijnen. Daarbij gaan we er vanuit dat - mede op basis van resultaten van het ontwikkeltraject - een brede implementatie vanaf 2019 (specificaties bekend begin 2018) aan de orde kan zijn. Voorafgaand aan elke fase vindt op basis van de behaalde resultaten en een plan van aanpak door het bestuurlijk overleg besluitvorming plaats over het vervolg ('go-no-go'). Het eerder opgestelde globale spoorboekje zoals opgenomen in de notitie Beleid is geactualiseerd (paragraaf 2).

Het bestuurlijk overleg heeft gevraagd de impact en risico's van de voorgestelde aanpassingen in beeld te brengen; in paragraaf 3 beschrijven we de impact op hoofdlijnen, voor zo ver deze op dit moment bekend is. Ook schetsen we de risico's die hieraan verbonden zijn en op welke wijze deze kunnen worden beheerst.

2. Ontwikkeltraject: een iteratief traject van bouwen, testen en verbeteren van het prototype en voorbereiden van de daadwerkelijke implementatie

Voor het ontwikkeltraject onderscheiden we 3 fasen. In fase 4 vindt de daadwerkelijke implementatie plaats. Gedurende alle fasen zal intensieve communicatie naar de diverse betrokkenen plaatsvinden Een communicatieplan zal in samenwerking met partijen hiervoor worden opgesteld. Bij de aangegeven termijnen gaan we er van uit dat na het bestuurlijk overleg van 13 oktober de eerste fase direct ter hand kan worden genomen. Voor het hele traject, met name na fase 1, is het van belang los van de formele go en no-go momenten een adequate besluitvormingsstructuur in te richten, zodat indien nodig, snel beslissingen kunnen worden genomen.

Fase 1: Bouw 'prototype' en voorbereiding pilots (november 2015 – maart 2016)

Fase 1 start met het opstellen van een gedetailleerd plan van aanpak voor deze fase, waarin voor de verschillende onderdelen (zie hierna) de projectorganisatie, activiteiten en de te behalen resultaten (toetsingskader) worden vastgelegd.

In fase 1 wordt het prototype van de zorgclusters gebouwd. Daarbij dient te worden bepaald:
- Welke (super- en hoofd)clusters het uitgangspunt vormen.
- Op basis van welke dimensies een indeling in (hoofd)clusters plaatsvindt (HoNOS+, aanvullende vragen).
- Welke algoritmes leiden tot een indeling in een cluster.
- Hoe wordt omgegaan met trajecten die niet tot een behandeling leiden (bijvoorbeeld second opinion).
- Wat is de omschrijving van de verschillende zorgclusters (doelgroep, behandeling op hoofdlijnen, verwijzing naar richtlijnen/zorgstandaarden), et cetera.
- Op welke momenten vindt evaluatie plaatst en welke instrumenten worden daarbij eventueel gebruikt.

De bouw van dit prototype vindt plaats aan de hand van het Engelse model, analyses met beschikbare DIS- en HoNOS-data en richtlijnen/zorgstandaarden. Het Engelse model biedt veel informatie, zo is ook door de werkgroep Inhoud vastgesteld, waarop verder kan worden gebouwd. Op basis van DIS- en HONOS-data (er wordt op basis van data uit enkele instellingen al beschikt over circa 20.000 patiëntgegevens) kunnen de algoritmen voor de Nederlandse situatie worden getest en aangevuld, mede op basis door de werkgroep Inhoud aangedragen elementen, zoals somatische comorbiditeit, verstandelijke beperking, et cetera (zie advies werkgroep Inhoud). De algoritmen en 'voorlopige' zorgproducten/zorgclusters worden steeds getoetst op de noodzakelijke vereisten zoals klinische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit, volledigheid, stabiliteit, et cetera (zie voor een overzicht van de criteria de eerder in het bestuurlijk overleg vastgestelde 'Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ/FZ).

De bouw van het prototype is gebaseerd op bureau- en analysewerk. Belangrijk is dat een expertgroep van zorgprofessionals dit traject inhoudelijk begeleidt; zij beoordelen steeds de tussentijdse resultaten. Ook kunnen in deze fase patiënten worden betrokken bij het beoordelen van het prototype.

Het is wenselijk een verbinding te maken met de experts die richtlijnen hebben opgesteld c.q. zorgstandaarden ontwikkelen om er voor te zorgen dat bovengenoemde elementen (selectie van dimensies/algoritmen) en omschrijving van de zorgclusters aansluit op de richtlijnen en zorgstandaarden. Hiervoor zal samen met het netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ een haalbare aanpak moeten worden ontwikkeld.

Tevens kan deze expertgroep, aangevuld met deskundigen op het terrein van kwaliteitsregistraties, een verkenning uitvoeren naar de uitkomstmaten; een element dat zoals aangegeven in het advies van de werkgroep Inhoud nog nader uitwerking dient te verkrijgen.

Belangrijk is in deze fase ook te kijken naar de indicatiestelling in de forensische zorg. Op welke wijze zou dit kunnen aansluiten op de te ontwikkelen zorgproducten/zorgclusters?

In deze fase zullen ook de pilots en/of experimenten waarin het prototype wordt getest worden voorbereid (zie fase 2).

Door de NZa zal worden gestart met het voorbereiden van de wijzigingen in de bekostiging; dit zal in nauwe afstemming met het ontwikkeltraject invulling dienen te krijgen.

Voor het Zorginstituut Nederland geldt dat zij de zorgproducten/zorgclusters dienen te toetsen in het kader van de aanspraken.

Voorafgaand aan fase 2 vindt op basis van de in deze fase behaalde resultaten en een gedetailleerd plan van aanpak voor fase 2 besluitvorming plaats over het vervolg ('go-no-go').

Fase 2: Testen en aanscherpen prototype en voorbereiden brede invoering (maart 2016 – december 2017)

In fase 2 wordt het prototype in pilots en/of experimenten getest. In fase 1 is vastgesteld op welke wijze dit invulling wordt gegeven. Belangrijke voorwaarden die aan de pilots en/of experimenten worden gesteld zijn representativiteit (naar zorgvraag, type organisatie, geografische spreiding). Support van raden van bestuur en de zorgprofessionals vormt eveneens een essentiële voorwaarde.

Het testen van het prototype zal grotendeels via een zogenaamde 'workaround'/ tussenoplossing plaats vinden. Registratie zal plaats kunnen vinden via een 'app' of een andere tijdelijke registratieoplossing. Belangrijk is dat de resultaten daarvan steeds kunnen worden teruggegeven aan de pilots en de landelijke ontwikkelomgeving, zo mogelijk in combinatie met de structurele registratie van DBC's. Voor die instellingen die al HoNOS in hun systemen vastleggen, kan wellicht een andere oplossing worden gekozen. Data en ervaringen uit de pilots worden gebruikt om het prototype aan te scherpen. Zo ontstaat een iteratief proces van verbeteren en testen van het prototype. Het werken in gerichte pilots/experimenten dient er voor zorg te dragen dat enerzijds de (toeleiding naar) de zorgclusters wordt gevalideerd en anderzijds de belasting van het zorgveld zo minimaal mogelijk is.

In deze fase zal ook worden gestart met de voorbereiding van een brede invoering in het veld. Het gaat daarbij om het in beeld brengen van de aanpassingen, onder andere in de processen van zorgorganisaties, ICT-systemen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars en het declaratiebericht.

In het najaar van 2016 en 2017 kan op hoofdlijnen een besluit worden genomen ten aanzien van de invoering per 1 januari 2019 ('go-no-go-besluit). Daarbij zijn diverse scenario's denkbaar, die mede afhangen van de resultaten die in de ontwikkelfase zijn geboekt.

Naast een zorgbrede implementatie per 1 januari 2019 kan ook worden gekozen voor experimenten, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars er voor kiezen om voorafgaand aan een brede invoering stappen te maken in de bekostiging op basis van de aangepaste productstructuur.

Fase 3: Voorbereiding brede implementatie (2018)

In fase 3 wordt de implementatie voorbereid. In dat jaar kunnen de zogenaamde zorgclusters en andere elementen samenhangend met de gewijzigde productstructuur nog worden 'gefinetuned' tot het definitieve uitlevermoment (najaar). Tevens dienen de processen en ICT-systemen te worden aangepast. Voor het gebruik van de instrumenten zullen opleidingen aan de orde zijn. Ook zullen mede afhankelijk van de keuzen op het gebied van de bekostiging de beleidsregels en tarieven moeten worden aangepast.

Fase 4: Brede invoering in het veld (2019)

In fase 4 wordt de eerste stap met een brede invoering van de nieuwe productstructuur gemaakt afhankelijk van de besluitvorming over de varianten die bij daarbij wordt gehanteerd. Van belang is rekening te houden met het feit dat alle specificaties in februari bekend moeten zijn voor invoering in januari van het daarop volgende jaar. Met andere woorden: voor invoering op 1 januari 2019 moeten de specificaties begin 2018 zijn uitgewerkt.

Het geactualiseerde spoorboekje op hoofdlijnen treft u hieronder aan.

Mijlpalen	**Ontwikkeling**	**Besluit**
16 april 2015	Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties: • Besluitvorming over vervolgstappen: • Projectstructuur/-governance • Beleidsnotitie, opdracht werkgroep Inhoud	
30 april 2015	Invitational Engels model	
Juni - oktober 2015	Werkgroep Inhoud: Opstellen advies Inhoudelijk model	

Mijlpalen	Ontwikkeling	Besluit
Juni-oktober 2015	Projectorganisatie/werkgroep beleid: • Bepalen impact voorstel en risico-analyse • Opstellen plan van aanpak/spoorboekje op hoofdlijnen 2016 en verder) • Bepalen consequenties voor release 2017 c.q. aanmelden onderwerpen (voor oktober)	
Oktober 2015	Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties Besluitvorming over: • Advies werkgroep Inhoud • Plan van aanpak/spoorboekje doorontwikkeling • Vaststellen consequenties release 2017	Go-no-go: Start en aanpak project doorontwikkeling Productstructuur GGZ
Fase 1: Oktober 2015-maart 2016	Ontwikkeltraject: Bouwen/testen/ prototype en voorbereiden pilots • Uitwerken/monitoren Plan van aanpak fase 2: o Beleid (bekostiging, privacy, etc.) o Inhoud en analyse: Uitwerken inhoudelijk model/prototype o Implementatie in de praktijk/voorbereiden pilots en brede invoering o Communicatie et cetera • Opstellen plan van aanpak fase 2	
Februari/maart 2016	Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties Besluitvorming over: • Resultaten fase 1 • Plan van aanpak fase 2/spoorboekje doorontwikkeling 2016/2017/2018	Go-no-go: • Vervolg projectactiviteiten fase 2 en verder
Fase 2a: 2017 **Fase 2b: 2018**	• Nader uitwerken en monitoren plan van aanpak onderdelen spoorboekje ten aanzien van: o Beleid (bekostiging, privacy, etc.) o Inhoud en analyse: Testen en verbeteren inhoudelijk model/prototye o Implementatie in de praktijk: Voorbereiden brede invoering o Communicatie et cetera	
November 2016 en 2017	Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties Besluitvorming over: • Plan van aanpak/spoorboekje doorontwikkeling 2017/2018/2019 • Invoering gewijzigde productstructuur per 1 januari 2019 en verder	Go-no-go: • Vervolg projectactiviteiten 2018 en verder • Aanpassingen release 2018/2019 Go-no-go: Definitief Besluit NZa: februari t-1 • Publicatie NZA: 1 juli t-1
Medio 2018	Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties Definitieve Besluitvorming over invoering in 2019 en eventuele doorontwikkeling 2019 en verder	Go-no-go: • Vervolg projectactiviteiten 2019 en verder

NB. De besluitvormingscyclus NZa zal wellicht worden aangepast; hierop dient in dat geval het tijdschema te worden herzien.

3. Impactanalyse en risicobeheersing

De voorgestelde doorontwikkeling heeft een niet te onderschatten impact op de processen en ICT-systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Indien het ontwikkelproject en de pilots succesvol worden uitgevoerd, wordt de zorgvraag op een andere wijze omschreven, wordt de behandeling mogelijk op een andere manier gedeclareerd, worden er evaluatiemomenten geïntroduceerd.

Het bestuurlijk overleg heeft gevraagd de impact van de voorgestelde aanpassing in beeld te brengen. In de volgende paragraaf verkennen we deze impact op hoofdlijnen. De definitieve impact is mede afhankelijk van keuzes die gedurende het traject door partijen worden gemaakt.

2.1 Impact eerste fase

De eerste fase van het project (2016 en 2017) staat in het teken van ontwikkeling en voorbereiding. De impact op de organisaties is nog gering, tenzij zij bereid zijn als pilot deel te nemen. De consequenties voor deelname aan een pilot dienen nog in beeld te worden gebracht in fase 1 van de doorontwikkeling (zie paragraaf 1, fase 1).

2.2 Impact bij implementatie

De impact van aanpassing van de productstructuur organisatiebreed per 1 januari 2019 kan aan de hand van verschillende elementen worden geschat. Dit betreft een voorlopig inschatting en globale beschrijving; afhankelijk van de uitwerking c.q. besluiten kan in het vervolg van het project steeds nauwkeuriger de impact worden bepaald.

a. Positie patiënt

Patiënten of hun familie zullen nauwer worden betrokken bij het vaststellen van de behandeling c.q. de in rekening te brengen kosten. Ook zullen zij samen met de professional op vaste momenten de geleverde zorg evalueren en het vervolg bepalen. De declaratie zal met de verwijzing naar het afgesproken zorgcluster voor de patiënt veel begrijpelijker worden dan nu het geval is. Mogelijk zullen voor deze evaluatie specifieke instrumenten (outcome) voor de patiënt worden ingezet. Hoe en op welke wijze is wordt nog uitgezocht in het het ontwikkel- en testtraject, zie paragraaf 1).

b. Aanpassing werkwijze en processen zorgaanbieders

Introductie van de aangepaste productstructuur heeft consequenties voor werkwijze en processen van zorgaanbieders. Het bepalen van de zorgclusters op de verschillende evaluatiemomenten vraagt om opleiding van de professionals. Evaringen in Engeland laten zien dat een training van circa 1 dag noodzakelijk is. Organisaties kunnen hierbij worden ondersteund door bijvoorbeeld landelijke trainingen en/of e-learningmodules/games aan te bieden. Ook zullen organisaties vast moeten stellen op welke wijze de processen wijzigen. Ervaringen uit pilots en Engeland kunnen worden verzameld om dit te ondersteunen.

c. Registratie

De aanpassing heeft belangrijke consequenties voor de registratie en daarmee de noodzakelijke ICT-systemen. Het vastleggen van de zorgvraag vindt op een andere wijze plaats tevens zullen er beslisregels voor het voldoen aan de evaluatiemomenten van belang zijn.

De aanpassing van de productstructuur betekent in eerste instantie een intensivering van de registratie en administratie van de zorgvraag van de DBC-systematiek (D). Aan de hand van kenmerken van de patiënt wordt de zorgvraag vastgelegd. Bij elk evaluatiemoment dient dat opnieuw te worden bepaald. In de toekomst kan worden besloten om de verplichte vastlegging van behandeluren (B) los te laten: indien daartoe wordt besloten zal dat tot vermindering van de administratieve lasten leiden. Mogelijk kunnen, nu de zorgvraag op een andere wijze wordt vastgelegd, ook de administratieve lasten in het kader van de verschillende kwaliteitsregistraties (DSMIV, ROM) worden verminderd. Belangrijk is te bepalen welke eisen er met de andere wijze van registreren van de zorgvraag, aan de nu van toepassing zijnde patiëntclassificatie worden gesteld, de registratie van zorgactiviteiten (zie hieronder onder declaratie en financieel) en de vastlegging van uitkomsten.

Indien op termijn wordt besloten de generalistische basis GGZ ook onder te brengen in de doorontwikkelde productstructuur, zal het de administratieve lasten (zowel registratie als declaratie) aanzienlijk verminderen.

d. Declaratie en financieel

Voor het bepalen van impact op de bekostiging is nodig te bepalen op welke wijze de bekostiging en/of declaratie in de toekomst plaats gaat vinden. Gaat het bijvoorbeeld om bekostiging en/of declaratie op basis van normatieve of werkelijke zorgactiviteiten. Afhankelijk van deze keuzen zullen de beleidsregels, tarieven en ook het declaratiebericht moeten worden aangepast. Aanpassing van de bekostiging in de vorm van een periodieke vergoeding (per dag/maand) gekoppeld aan de zorgclusters leidt tot meer real-time betalingen; dit verbetert de liquiditeitspositie van instellingen.

e. Versnelling informatievoorziening

De aanpassing van de productstructuur biedt belangrijke mogelijkheden om de informatievoorziening aanzienlijk te versnellen:

- Melding van een zorgcluster bij start van behandeling en evaluatiemomenten: Bij de start en bij elk evaluatiemoment kan het zorgcluster worden gecommuniceerd aan de zorginkoper. Dit versnelt de informatie en biedt meer zicht op de te verwachten zorgkosten. Dit laatste hangt uiteraard af van de nog te maken keuzen op het gebied van de bekostiging (zie paragraaf 1).
- Invoering van evaluatiemomenten: De introductie van standaard evaluatiemomenten zorgt voor een deel van de zorgtrajecten voor verkorting van de doorlooptijd. De lengte van deze doorlooptijd is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en het daarbij passende zorgcluster. De invoering van de maximale evaluatiemomenten in de DBC-systematiek zal een versnelling van de zorgkosteninformatie betekenen, maar niet voor alle zorgclusters. Veel clusters kennen een maximale doorlooptijd van 6 maanden of korter, maar enkele clusters voor chronische zorgvragen kennen ook een maximale doorlooptijd van een jaar.

f. In- en verkoop, controle en sturing

De precieze impact kan worden bepaald wanneer bekend is welke implementatiescenario van toepassing is en hoe de bekostiging wordt vormgegeven.

g. Juridische positie (privacy)

In de huidige productstructuur is de diagnoseclassificatie integraal onderdeel van productstructuur. Bij de aangepaste productstructuur zijn andere elementen (psychosociale en andere factoren) relevant voor de toeleiding naar een zorgcluster. De diagnoseclassificatie speelt daarin geen rol. Bezien zal worden welke informatie noodzakelijk is om in de facturatie te worden meegenomen, hoe privacy gevoelig die informatie is en op welke wijze de privacy als dan kan worden geborgd.

2.3 Risicobeheersing

Hierna worden de belangrijkste risico's, die op dit moment worden onderscheiden en de te nemen acties weergegeven. De genoemde beheersingsmaatregelen vormen onderdeel van de projectactiviteiten. Dit schema kan in de tijd steeds worden aangepast.

Invalshoek	Risico-omschrijving	Gevolg	Risico: kans x effect (schaal 1-5)	Beheersing
Alle betrokkenen	Productstructuur voldoet niet aan gestelde criteria (klinisch herkenbaar, kostenhomogeen, stabiliteit, et cetera)	Hoge implementatiekosten en geen verbetering ten opzichte van huidige situatie	4x5=20 pt.	Start met uitsluitend ontwikkel- en testfase waarin dit wordt beoordeeld; geen invoering voordat hier zicht op is en inbouw 'go-no-go- besluiten'
Alle betrokkenen	Onvoldoende draagvlak voor wijzigingen bij betrokkenen	Vertraging bij invoering / geen effectieve wijziging	3x5 = 15 pt.	Inhoudelijk experts en patiënten betrekken bij de ontwikkeling Wijzigingen worden getest, dit leidt tot verbeteringen in pilots en experimenten Goede gestructureerde communicatie vanaf start, ook door patijen zelf richting eigen achterban
Zorgaanbieders	Administratieve lasten nemen toe	Vermindering draagvlak	3x5 = 15 pt.	Steeds als uitgangspunt hanteren zo minimaal mogelijke vastlegging; borgen goede ICT-ondersteuning; bezien hoe samenhangende administratieve lasten kunnen worden beperkt. Zo kort mogelijk overgangsperiode
Alle betrokkenen	Privacy is onvoldoende geborgd	Uitvoering wijzigingen zijn lastig door te voeren	2x5=10 pt.	In fase 1 effecten en oplossingen nader in beeld brengen Beperken informatie-uitwisseling op cliëntniveau tot minimum, oplossingen zoeken in aanlevering op groepsniveau dan wel gepseudonimiseerde gegevens
Alle betrokkenen	Majeure wijzigingen in huidige productstructuur die energie en aandacht nodig voor goede en snelle doorontwikkeling belemmeren	Planning in gevaar, langere overgangsperiode	5x5 = 25 pt.	Commitment alle partijen aan richting en tijdpad doorontwikkeling